

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1922-1923. — N° 55

ESSAIS
D'AUTOHÉMOTHÉRAPIE
DANS LA FURONCULOSE

Travail effectué à la Clinique de M. le Professeur NICOLAS
Hôpital de l'Antiquaille

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Décembre 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis BUFFLER

Né le 16 Juillet 1896, à Belfort



BELFORT

Imprimerie du Journal « LA FRONTIÈRE »
6, Rue du Docteur Fréry et 2, Rue de la République
1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. HUGOUNENQ.
Doyen	MM. J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

Professeurs honoraires

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE A.

Professeurs

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et accouchements		BARD.
Clinique ophtalmologique		TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		BERARD.
Clinique neurologique et psychiatrique		COMMANDEUR.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		LEPINE (J.).
Clinique des maladies des voies urinaires		WEILL.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie		POLLIOSSON (A.).
Physique biologique, radiologie et physiothérapie		LANNOIS.
Chimie biologique et médicale		ROCHET.
Chimie organique et toxicologie		NOVE-JOSSERAND.
Matière médicale et botanique		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Histologie		X. . . .
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne		LATARJET.
Pathologie et thérapeutique générales		POLICARD.
Anatomie pathologique		DOYON.
Chirurgie opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie		MOURIQUAND.
Médecine légale		PAYIOT.
Hygiène		VILLARD.
Thérapeutique, hydrologie et climatologie		ARLOING (F.).
Pharmacologie		ETIENNE MARTIN.
		COURMONT (P.).
		PIC.
		MOREAU.

Professeurs titulaires sans chaire

Chargé d'un cours de Pathologie externe	VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

Chargés de cours complémentaires

Anatomie topographique	PATEL.
Botanique	BRETIN.
Embryologie	GRAVIER.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER.

Agrégés

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	GARIN.	DUROUX.	CORDIER.
BRETIN.	SAVY.	HOVELACQUE.	ROUBIER.
LERICHE.	FROMENT.	TRILLAT.	FAVRE.
THEVENOT (Léon).	THEVENOT (Lucien).	SARVONAT.	BONNET.
TAVERNIER.	PIERY.	FLORENCE (G.).	NOËL, chargé des
CADE.	COTTE.	ROCHAIX.	fonctions.

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. NICOLAS, *Président* ; CADE, *Assesseur* ;
MM. THEVENOT (Lucien) et FAVRE, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

ESSAIS D'AUTOHÉMOTHÉRAPIE
DANS LA FURONCULOSE

Travail effectué à la Clinique de M. le Professeur NICOLAS
Hôpital de l'Antiquaille



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1922-1923. — N° 55

ESSAIS D'AUTOHÉMOTHÉRAPIE DANS LA FURONCULOSE

Travail effectué à la Clinique de M. le Professeur NICOLAS
Hôpital de l'Antiquaille

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Décembre 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis BUFFLER

Né le 16 Juillet 1896, à Belfort



BELFORT

Imprimerie du Journal « LA FRONTIÈRE »
6, Rue du Docteur Fréry et 2, Rue de la République
1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. HUGOUNENQ
Doyen	MM. J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

Professeurs honoraires

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE A.

Professeurs

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et accouchements		BARD.
Clinique ophtalmologique		TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		BERARD.
Clinique neurologique et psychiatrique		COMMANDEUR.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		LEPINE (J.).
Clinique des maladies des voies urinaires		WEILL.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie		POLLOSSON (A).
Physique biologique, radiologie et physiothérapie		LANNOIS.
Chimie biologique et médicale		ROCHET.
Chimie organique et toxicologie		NOVE-JOSSERAND.
Matière médicale et botanique		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Histologie		X...
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne		LATARJET.
Pathologie et thérapeutique générales		FOLICARD.
Anatomie pathologique		DOYON.
Chirurgie opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie		MOURIQUAND.
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène		VILLARD.
Thérapeutique, hydrologie et climatologie		ARLOING (F.).
Pharmacologie		ETIENNE MARTIN..
		COURMONT (P.).
		PIC.
		MOREAU.

Professeurs titulaires sans chaire

Chargé d'un cours de Pathologie externe	VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAVET.

Chargés de cours complémentaires

Anatomie topographique	PATEL.
Botanique	BRETIN.
Embryologie	GRAVIER.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER.

Agrégés

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	GARIN.	DUROUX.	CORDIER.
BRETIN.	SAVY.	HOVELACQUE.	ROUBIER.
LERICHE.	FROMENT.	TRILLAT.	FAVRE.
THEVENOT (Léon).	THEVENOT (Lucien).	SARVONAT.	BONNET.
TAVERNIER.	PIERY.	FLORENCE (G.)	NOEL, chargé des
CADE.	COTTE.	ROCHAIX.	fonctions.

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. NICOLAS, Président ; CADE, Assesseur ;
MM. THEVENOT (Lucien) et FAVRE, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PERE, A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde affection
et de mon infinie reconnaissance.

A MA FEMME

A MES ENFANTS, PIERRE ET ANNE-MARIE

A MA GRAND'MÈRE

A MON ONCLE
Monsieur l'Abbé Louis MERTENAT

Mihi primus fuit magister

A MON FRÈRE, A MA SŒUR

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur NICOLAS

Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques

Hôpital de l'Antiquaille

Chevalier de la Légion d'Honneur

Il nous a fait le grand honneur
d'accepter de présider cette thèse.
Qu'il reçoive l'expression de notre très
vive reconnaissance et de notre
respectueuse admiration.

A Monsieur le Docteur CADE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon

Chevalier de la Légion d'Honneur

A Monsieur le Docteur GATE

Et à Monsieur le Docteur DUPASQUIER

Qui m'ont témoigné le plus grand intérêt
et aidé de leurs précieux conseils,
j'adresse mes plus sincères remer-
ciements.

AUX MEMBRES DE MON JURY

A TOUS MES MAÎTRES

ESSAIS D'AUTOHÉMOTHÉRAPIE DANS LA FURONCULOSE

INTRODUCTION

HISTORIQUE

L'hémothérapie, d'appellation récente, est de pratique déjà ancienne ; il semblerait (1) qu'elle fut à sa naissance une technique prudente de la transfusion sanguine, qui fut pratiquée elle-même pour la première fois par Denis (de Montpellier) en 1667 ; l'état du malade avait fait craindre un mauvais effet d'une transfusion intraveineuse, celle-ci fut alors remplacée par l'hémothérapie sous-cutanée ou intramusculaire. A. Voisin en 1875 entreprit le traitement de deux aliénés cachectiques par des injections répétées de sang défibriné. En 1906 P. E. Weill (2) conseilla dans l'hémophilie pour éviter les accidents anaphylactiques de pratiquer une injection sous-cutanée unique de 20 à 30 ^{cc} de sérum humain. Par cette méthode,

(1) *Journal médical français*. Tome VII, n° 5, Mai 1919.

(2) P. E. Weill. Le traitement de l'hémophilie par la cure sérique, *Congrès de médecine, Paris 1910* et *Gazette médicale des Hôpitaux*, 1910.

avec la cure prolongée sérique, en répétant les injections tous les deux ou trois mois, il a obtenu la guérison clinique de cinq grands hémophiles. Mais la nécessité de répéter chez de tels malades les injections sériques firent encore craindre les accidents anaphylactiques pouvant obliger à suspendre le traitement ; d'autre part, on pensa qu'il pouvait y avoir intérêt thérapeutique à injecter non seulement la partie liquide du sang, mais encore les éléments cellulaires blancs et rouges.

C'est alors que MM. Sicard et Gutmann, les premiers en France et à l'étranger, substituèrent l'*auto-hémothérapie* à l'autosérothérapie et prouvèrent que l'on peut (1) « avec autant de facilité que de tolérance injecter le sang total ». Ainsi, à des épileptiques, dans un but thérapeutique de sédation des crises, ils réinjectèrent par voie sous-cutanée, en une seule séance, 60 à 80 ^{cc} de leur propre sang, celui-ci venant d'être prélevé par ponction veineuse d'une veine superficielle du bras. Deux mois après, le 14 septembre 1912, M. F. Ramond (2) préconise l'autohémothérapie dans le traitement des hémoptysies tuberculeuses, reconnaissant à cette méthode non seulement un pouvoir coagulant considérable, mais « une action thérapeutique plus large ; le malade y gagnerait sous le rapport de la fièvre et de l'état général ». Depuis,

(1) Sicard et Gutmann — Autohémothérapie et épilepsie. *Société médicale des Hôpitaux*, 9 juillet 1912.

(2) F. Ramond, — A propos du traitement de l'hémoptysie des tuberculeux. *Progrès médical*, 14 septembre 1912, page 452.

cette méthode a eu en médecine générale de nombreuses applications et souvent les meilleurs résultats.

En *dermatologie*, où, en dehors de la syphilis et de certaines affections parasitaires, les méthodes thérapeutiques sont si incertaines, les Allemands ont eu recours à la sérothérapie. Au cours de l'année 1912, Mayer et Linser publièrent des observations de femmes enceintes atteintes d'herpès gestationis, dont l'état fut notablement modifié par des injections de sérum d'autres femmes enceintes ; on s'aperçut bientôt que tout autre sérum humain pouvait donner des résultats aussi favorables que celui de femmes gravides. Puis Linser obtint des succès en traitant par cette homosérothérapie des sujets atteints de prurigo, d'eczéma, de prurit sénile et d'urticaire. Spiethof et Henck élargissant encore le cadre de cette méthode montrèrent les résultats obtenus par elle, en outre des dermatoses précitées, dans le psoriasis, le strophulus, la dermatite de Duhring et les affections prurigineuses en général. Mais, jusqu'ici, les dermatologistes n'étaient pas sortis du domaine de de l'homosérothérapie, quand en 1913 Spiethof (1) publia les résultats obtenus par la réinjection au malade de son propre sang. De cette autosérothérapie l'autohémothérapie devait renaître en France grâce à M. Ravaut (2), qui la pratiqua le premier en dermatologie. Craignant que le sérum ne s'infecte au cours

(1) Spiethof. — *Münchener medizinische Wochenschrift*, n° 10, 11 Mars 1913.

(2) Ravaut. — *Ann. de Dermat. et de Syphil.*, Mai 1913, p. 292.

des préparations que l'autosérothérapie nécessite, il pensa « qu'il serait plus simple de réinjecter au malade directement son propre sang ». D'ailleurs, ajoutait-il, « dans la fibrine et les globules rouges peuvent se trouver des substances ou des corps microbiens dont la résorption par l'organisme provoque des réactions utiles ». Puis différents auteurs utilisèrent la même méthode avec succès : dans le traitement du purpura (Widal, Abrami et Brissaud) (1), dans l'eczéma (Tzanck) (2), (Tribet, Clément) (3), dans l'urticaire ancien (Rimbaut, Romain) (4).

MM. Nicolas, Gaté et Dupasquier (5) qui ont déjà une longue expérience de l'autohémothérapie ont enregistré de nombreux succès : dans la maladie de Duhring-Brocq, les névrodermites avec lichénification, les névrodermies, l'urticaire. Le lichen plan de Wilson et certains eczémas sont rebelles à cette méthode, qui réussit, au contraire, nettement dans les dermatoses prurigineuses d'origine diathésique, dont le prurigo est le type.

-
- (1) Widal, Abrami et Brissaud. — Considérations générales sur la protéinothérapie et le traitement par le choc colloïdoclasique. *Presse Médicale*, 5 Mars 1921, p. 182.
 - (2) Tzanck. — Traitement des eczémas professionnels par l'autohémothérapie l'*Hôpital*, Août-B, 1921.
 - (3) Comité médical des Bouches-du-Rhône, 6 janvier 1922.
 - (4) Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen, 3 Février 1922.
 - (5) J. Nicolas, J. Gaté et D. Dupasquier. Deux cas de prurigis rebelles, guéris par l'autohémothérapie. *Ann. de Derm. et de Syphil.* n° 3, 1921.
- Réactions cliniques dans l'autohémothérapie de quelque dermatoses, *C. R. des séances de la Soc. de Biol.*, 1921, n° 35, p. 1036.

L'autohémothérapie fut essayée aussi dans la *furonculose*. M. Thorel (du Havre), l'aurait pratiquée depuis 1913. MM. Nicolas, Gaté et Dupasquier l'emploient systématiquement à la clinique dermatologique de l'Antiquaille contre cette affection, et nous verrons avec quel succès.

Il ne s'agit pas, bien entendu, de traiter le furoncle unique, mais la furonculose, qui est caractérisée par la présence simultanée de plusieurs furoncles ou anthrax, et par la périodicité de cette éruption : les premiers furoncles guéris, il se reproduit une nouvelle poussée d'éléments, qui, cédant à leur tour, ne tardent pas à récidiver.

Suivant son siège, le furoncle peut occasionner une gêne plus ou moins grande, mais en raison de sa bénignité habituelle (se rappeler toutefois le danger du furoncle de la lèvre supérieure) il ne peut être considéré comme une maladie ; la furonculose, au contraire, par la multiplicité de ses éléments, par leur répétition, peut devenir une affection parfois grave, cachectisante et en tous cas extrêmement pénible.

Au point de vue thérapeutique, il est le plus souvent très facile de guérir un furoncle et même un anthrax (chez un non diabétique) ; au contraire, il est très difficile d'éteindre une poussée furonculeuse et surtout d'en prévenir le retour, les médicaments externes et internes étant souvent impuissants. La levure de bière, le soufre, l'étain, les métaux colloïdaux, même les auto-vaccins de Whright, malgré des améliorations remarquables ne donnent pas tou-

jours des résultats constants et durables. Les vaccins préparés suivant la méthode de Besredka seraient supérieurs si leur emploi n'était rendu très difficile en clientèle par les complications techniques (nécessité de posséder un laboratoire, des animaux préparés, etc...)

On voit donc toute l'importance que pourrait prendre une thérapeutique efficace et simple. Or, il semble que l'autohémothérapie possède ces deux qualités. Nous dirons dans un premier chapitre en quoi consiste cette méthode, pour étudier dans la suite ce que nous pouvons attendre d'elle.

CHAPITRE PREMIER

Technique. — Instrumentation

Conduite du traitement

a) *Technique.* — La pratique de l'autohémothérapie est d'une extrême facilité. Elle comprend deux temps : 1° une ponction veineuse ; 2° une injection intra-musculaire, suivant immédiatement la première opération. Les lieux d'élection seront : pour la ponction, une des veines superficielles du pli du coude ; pour la réinjection, le tiers supérieur et externe de la fesse. Certains auteurs pratiquent l'injection sous la peau, mais nous préférons la faire en plein muscle ; ainsi le malade n'est pas exposé à être incommodé par l'accumulation d'une certaine quantité de sang sous le tégument. Nous évitons la production d'une vaste ecchymose d'aspect disgracieux ; et peut-être l'injection intra-musculaire est-elle plus active que l'injection hypodermique.

Il est bon, avant de pratiquer l'autohémothérapie, les soins d'asepsie et d'antisepsie habituels étant pris, d'expliquer au malade les deux temps précités, et de le faire préparer à l'avance pour qu'il n'y ait point d'interruption dans l'opération.

Le sang est utilisé tel qu'il est recueilli, sans adjonction d'aucune substance anti-coagulante ; car

on a largement le temps, avant que le sang ne se coagule, de supprimer le lien, d'aseptiser la région fessière avec un peu d'éther ou de teinture d'iode, d'y enfoncer l'aiguille et de pousser l'injection, mais il convient, néanmoins, de ne pas perdre de temps.

b) *Instrumentation.* — Pour cette petite opération, il ne sera besoin que d'une aiguille, d'une seringue, et d'un lien en caoutchouc pour maintenir la constriction du membre où l'on fera la ponction.

L'aiguille doit avoir une section suffisante pour que le sang puisse circuler facilement. L'aiguille de 10/10^e est la meilleure et on s'efforcera de ne pas en utiliser une d'un diamètre inférieur à 8 ou 7/10^e.

Quant à sa longueur, elle doit être de 5 à 6 centimètres, puisqu'elle servira dans le second temps à l'injection intramusculaire ; car il est préférable d'opérer avec la même aiguille pour éviter une perte de temps, bien que l'on puisse également faire la ponction avec une aiguille courte et l'injection avec une aiguille longue.

La seringue doit être en verre et facile à nettoyer, d'une capacité d'au moins 10 ^{cc} pour les adultes. La stérilisation peut être réalisée par la chaleur sèche ou par l'ébullition, la première méthode étant préférable : dans une seringue sèche, le piston glisse facilement, sans qu'il soit nécessaire d'exercer une traction sur lui. Mais dans bien des cas, on ne dispose pas d'appareils permettant ce mode de stérilisation, et dans les infirmeries régimentaires par exemple, il faut se contenter de faire bouillir l'instrument, sans qu'il en résulte, du reste, un inconvénient sérieux ; il suffira

de tirer doucement sur le piston au fur et à mesure que le sang remplit la seringue, afin d'activer l'opération qui peut se trouver ralentie par la légère adhérence des surfaces humides.

c) *Conduite générale du traitement.* — Si la technique de l'autohémothérapie est aussi simple que l'instrumentation qu'elle nécessite, la direction générale du traitement est plus délicate ; et il est impossible d'édicter actuellement des règles thérapeutiques définitives, bien que la conduite que nous avons suivie et qui est celle de MM. Nicolas, Gaté et Dupasquier (1) paraisse être empiriquement la meilleure et d'une efficacité incontestable. M. Ravaut (2) dans ses premiers essais avait jugé utile de pratiquer des injections quotidiennes de 20 à 25 cm^3 de sang. Or, MM. Nicolas, Gaté et Dupasquier ont montré que l'on pouvait obtenir d'excellents résultats en se contentant de quantités plus faibles qui sont 10 cm^3 chez l'adulte et 2 cm^3 chez le jeune enfant.

Quant à la fréquence des injections, celles-ci peuvent être pratiquées tous les trois ou quatre jours seulement ; toutefois, il est des cas où leur rapprochement est indiqué.

Enfin quel est le nombre qu'il est nécessaire d'atteindre ? Nous verrons qu'il est très variable et nous insisterons sur ce point et sur quelques autres non moins intéressants dans le chapitre que nous réservons à l'étude de nos observations.

(1) J. Nicolas, J. Gaté et D. Dupasquier. — Deux cas de prurigos rebelles guéris par l'autohémothérapie. *Ann. de Derm. et de Syphil.*, n° 3 1921.

(2) Ravaut. — *Ann. de Derm. et de Syphil.*, mai 1913.

CHAPITRE II

OBSERVATION I

(PRISE A LA CLINIQUE DERMATOLOGIQUE DE L'ANTIQUAILLE)

C... Rose, 40 ans.

La malade entre à la Clinique de l'Antiquaille pour une poussée de furonculose durant depuis un mois et demi.

La cuisse et la fesse droites sont parsemées de furoncles nombreux à divers stades de leur évolution. Au niveau de la face interne de la cuisse gauche existe un placard anthracoïde très douloureux.

On ne trouve pas de sucre dans les urines.

Avant son entrée la malade a été soumise à des thérapeutiques variées : sels d'étain, staphylase, immunizols Grémy, et en dernier lieu traitée localement par l'Eau d'Alibour et par la pommade jaune.

L'Autohémothérapie est alors essayée dans le service. La première injection de 10^3 de sang est pratiquée le 6 décembre 1921 ; les injections sont faites ensuite tous les deux ou trois jours jusqu'au 27 décembre, date de la douzième et dernière.

Pendant le cours de ce traitement, on vit :

1° Dès les premières injections la réaction inflammatoire des éléments furonculeux ou anthracoïdes subir rapidement une diminution marquée ; 2° l'élimination du bourbillon se produire peut-être plus vite que si les furoncles avaient été laissés à eux-mêmes ; 3° de nouveaux furoncles (ou plus exactement de grosses folliculites), ayant apparu dans le cours du traitement, avorter sans dépasser le stade congestif, comme s'ils étaient épuisés dès leur naissance.

En trois semaines environ tout avait disparu, et il ne persistait plus à la place des éléments très inflammatoires du début que des cicatrices.

Revue quinze jours plus tard, la malade allait parfaitement bien.

OBSERVATION II

(PRISE A LA CLINIQUE DERMATOLOGIQUE DE L'ANTIQUAILLE)

D., Eugène, 57 ans. — *Furonculose et Anthrax.*

Admis à l'hôpital pour une furunculose du dos à forme anthracoïde ayant débuté 18 mois auparavant. Depuis cette date les furoncles se sont succédés pour ainsi dire sans interruption, malgré les nombreux traitements suivis : iodure de potassium et sirop de raifort iodé, stock-vaccin antistaphylococcique,

levure de bière, stannoxyl, staphylase, etc. ., sans parler de tous les traitements locaux.

A l'examen on constate :

1° Sur les membres inférieurs et les avant-bras, de très nombreuses et très vastes cicatrices, mais aucun élément en évolution.

2° Par contre, au niveau du dos, on observe — en plus de très larges cicatrices, reliquats de véritables anthrax — des éléments furonculoux en pleine activité. (Voir figure 1).



Fig. 1

Dans la moitié droite du dos, en allant de haut en bas, on trouve : un élément croûteux, deux éléments bourgeonnants très exubérants, puis deux furoncles commençant à éliminer leur bourbillon ; dans la région lombaire, un volumineux anthrax saillant comme une demi-mandarine, ouvert et laissant voir

un gros bourbillon ; sur le flanc du même côté, une vaste ulcération creusée.

Dans la moitié gauche du dos, en suivant le même ordre, on trouve un élément allongé bourgeonnant, un anthrax d'un volume moitié moindre que celui situé à droite, et enfin, au-dessous une lésion croûteuse.

La face antérieure du thorax, l'abdomen sont indemnes de toute lésion évolutive et de toute cicatrice.

On ne trouve ni sucre, ni albumine dans les urines.

On institue le traitement autobémothérapique.

18 février 1922 : Première injection de 10^{c3} de sang.

20 id. Deuxième id.

24 id. Troisième id.

Depuis le début du traitement aucun furoncle nouveau n'est apparu. Les lésions bourgeonnantes s'affaissent et diminuent rapidement. Les lésions ulcéreuses se sont comblées. Quant aux lésions anthracoides, elles ont subi une régression considérable, un affaissement notable avec diminution des noyaux inflammatoires périphériques. D'ailleurs le malade, qui depuis longtemps ne pouvait se coucher sur le dos, le fait maintenant sans éprouver aucune douleur.

27 février : Quatrième injection de 10^{c3} de sang. Depuis la dernière injection les résultats obtenus sont surprenants. Les lésions bourgeonnantes sont à peu près cicatrisées et les éléments anthracoides, ayant expulsé leurs bourbillons, ne sont plus représentés que par des ulcérations dont le fond est presque de niveau avec les tissus environnants.

De plus, le malade attire beaucoup l'attention sur l'amélioration de son état général.

L'appétit est bien meilleur, le malade « se sent plus fort et plus en train ».

1^{er} mars : Sixième injection de 10^{c3} de sang.

3 mars : Septième id.

Apparition sur le dos de 3 points de folliculites qui se dessèchent le 6 mars, à cette date huitième injection de 10^{c3} de sang.

Le 8 mars, toutes les lésions sont guéries, il ne persiste qu'un peu de tissu bourgeonnant au niveau du gros anthrax de la région lombaire droite.

On suspend le traitement.

14 mars : Jusqu'au 12 mars aucun évènement nouveau ; l'anthrax achève de se cicatriser entièrement. Mais depuis deux jours un autre furoncle est apparu au niveau de la pointe de l'omoplate gauche ainsi qu'une folliculite à droite symétriquement.

On reprend le traitement : Neuvième injection.

17 mars : La folliculite est desséchée, le furoncle est très amélioré. Dixième injection.

20 mars : Aucune folliculite nouvelle, le furoncle est presque guéri. Onzième injection.

22 mars : Une folliculite apparaît sur l'avant-bras gauche. Douzième injection.

24 mars : La folliculite de l'avant-bras se dessèche, le furoncle est cicatrisé. Treizième injection.

27 et 30 mars, 3 avril : Quatorzième, quinzième et seizième injections. Le malade est guéri. (Voir figure 2).

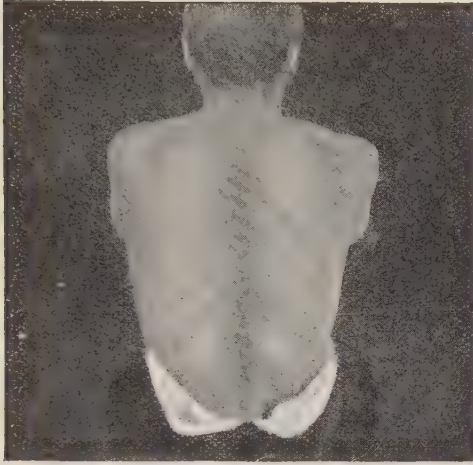


Fig. 2

10 avril : Dix-septième injection de 10^3 de sang, la guérison se maintient.

16 mai : Le malade va toujours bien et aucun furoncle nouveau ne s'est reproduit.

OBSERVATION III

(DUE A L'OBLIGEANCE DE M. LE PROFESSEUR NICOLAS
ET DE M. LE DOCTEUR DUPASQUIER)

Madame X..., 50 ans.

Cette malade, vue pour la première fois au début de janvier 1922, présentait une histoire d'infection cutanée complexe que l'on peut résumer ainsi : Six mois auparavant se produisit de l'intertrigo inguinal

favorisé par l'obésité de la patiente avec prurit vulvaire intense. Sous l'influence des érosions dues au grattage apparut une adénite suppurée qui devint le siège d'un érysipèle migrateur compliqué de foyers broncho-pneumoniques. Une fois l'érysipèle guéri, l'infection atteignit les orifices pileux et les follicules déterminant des folliculites et des furoncles multiples.

Au moment où nous vîmes la malade, elle présentait encore son prurit vulvaire avec lichénification de la surface prurigineuse. De plus on constatait :

1° Au niveau de l'avant-bras et du coude gauches de multiples cicatrices de furoncles ; dans la région du pli du coude un large placard rouge et infiltré, reliquat d'un anthrax récent, et tout auprès un petit furoncle en évolution.

2° Sur la cuisse et la jambe gauches existent de nombreuses cicatrices de furoncles, et au-dessous du genou deux grosses folliculites en évolution ; sur la cuisse droite, cicatrices de furoncles.

Ni sucre, ni albumine dans les urines, mais la malade est une hépatique ; passé vésiculaire, vésicule douloureuse à la pression. Etat subfébrile.

L'autohémothérapie est doublement indiquée dans ce cas : 1° contre le prurit vulvaire ; 2° pour essayer d'empêcher le retour des furoncles.

2 Janvier : Première injection de 10^{c3} de sang.

4 — Deuxième — — —

6 — Le petit furoncle du bras gauche s'est ouvert et on aperçoit son] boubillon. Troisième injection de 10^{c3} de sang.

7 Janvier : Le furoncle du bras gauche, dans

l'espace de vingt-quatre heures, a éliminé son bourbillon, la veille encore très adhérent, et aujourd'hui l'ulcération est presque cicatrisée.

La malade, comparant l'évolution de ce furoncle avec celle d'autres éléments antérieurs de mêmes dimensions, attire elle-même notre attention sur la rapidité de la guérison.

Aucun nouveau furoncle, aucune folliculite nouvelle. Quatrième injection de 10^{-3} de sang.

9 Janvier : Apparition d'un nouveau petit furoncle sur l'avant-bras gauche. Cinquième injection de 10^{-3} de sang.

10 Janvier : Le furoncle est déjà très désinfiltré et beaucoup moins douloureux. Sixième injection.

11 Janvier : Apparition de deux ou trois folliculites au niveau des grandes lèvres. Septième injection.

12 Janvier : Le furoncle apparu le 9 à l'avant-bras gauche élimine son bourbillon. Petite folliculite sur la jambe gauche. Huitième injection.

13 Janvier : Folliculite au pli du coude gauche. Neuvième injection.

14 Janvier : Le furoncle de l'avant-bras gauche est cicatrisé. Dixième injection.

15 Janvier : La folliculite du pli du coude s'est transformée en furoncle qui s'est déjà ouvert. Onzième injection.

17 Janvier : Douzième injection.

18 Janvier : Treizième injection.

Le dernier furoncle est à peu près guéri ; la malade insiste à nouveau sur *la rapidité d'évolution*

des furoncles apparus en cours de traitement comparativement à celles des furoncles apparus antérieurement, qui demandaient toujours huit ou dix jours pour guérir.

On interrompt aujourd'hui le traitement, la malade devant partir en voyage.

En somme, les résultats obtenus par un traitement certainement trop court, ont été les suivants :

1° Amélioration de la furonculose avec accélération de la guérison des éléments survenus au cours du traitement.

2° Disparition du prurit vulvaire.

3° Amélioration très sensible de l'état général : retour des forces, disparition de l'état subfébrile.

Pendant les 15 jours qui suivirent le départ de la malade — en l'absence de tout traitement autohémotherapique — aucun furoncle ne se reproduisit.

Au bout de ce temps, quelques-uns apparurent à nouveau, *évoluant beaucoup plus lentement* que pendant le cours du traitement. Une simple thérapeutique externe, jusque-là insuffisante pour les enrayer, suffit à les faire disparaître en deux semaines.

Et depuis lors la malade est débarrassée de toute éruption.

OBSERVATION IV

(DUE A L'OBLIGEANCE DE MM. GATÉ ET DUMOLLARD)

Berthe C..., 35 ans.

Se présente à la consultation de St-Pothin pour de l'eczéma séborréique rétro-auriculaire impétiginisé.

Consécutivement lésion d'echtyma de l'épaule droite et, depuis une dizaine de jours, légère furonculose ayant débuté au flanc et constituée aujourd'hui par trois furoncles naissants, extrêmement douloureux, disposés sur l'épaule autour de la lésion d'echtyma.

11 Mai : On institue l'autohémothérapie, en l'absence de toute thérapeutique locale. Première injection de 10^3 de sang.

15 Mai : Les furoncles sont désinfiltrés, aplatis, beaucoup moins douloureux. Deuxième injection.

18 Mai : Les furoncles achèvent de se dessècher. Troisième injection.

26 Mai : La guérison est complète.

A remarquer dans cette observation :

1° L'arrêt de la furonculose dès le début du traitement : aucun furoncle nouveau après la première injection.

2° L'abortion des furoncles pris au début. Ils ne parviennent pas jusqu'à la phase de nécrose et aucun bourbillon n'est éliminé.

3° La courte durée du traitement (peut-être en rapport avec la proximité du début de la furonculose ?)

OBSERVATION V

(DUE A L'OBLIGEANCE DE M. LE DOCTEUR DUMOLLARD)

M^{me} Marguerite A., 39 ans. — *Furonculose.*

Cette furonculose a débuté de suite après un accouchement. La malade dit avoir déjà souffert de furoncles d'une part à l'âge de 17 ans, d'autre part il y a 9 ans pendant une grossesse antérieure.

Actuellement la malade présente à l'examen de nombreuses cicatrices disséminées sur toute l'étendue des téguments. De plus, on voit sur le bord radial du poignet droit deux éléments fluctuants en évolution ; un autre moins volumineux siège sur le sein gauche ; un dernier, enfin, dans la région dorsale.

Malgré le petit nombre des éléments en évolution, étant donné la prédisposition de cette malade à la furonculose, on institue le traitement par l'autohémothérapie.

1^{er} Septembre 1922. — On fait une première injection de 10 ^c3, qui n'est suivie d'aucune réaction générale et d'aucune modification des lésions.

4 Septembre 1922. — Deuxième injection de 10 ^c3, les éléments du poignet se sont affaissés, on ne sent plus de fluctuation à leur niveau. Par contre, celui du sein gauche a augmenté de volume et prend l'aspect d'un furoncle typique. De plus un élément discret a fait son apparition sur la face postérieure du bras droit. Quelques lésions de pyodermite situées dans la région dorsale et que la malade présentait à son entrée ont complètement disparu depuis le début du traitement.

6 Septembre 1922. — Nouvel élément sur le bord cubital du poignet gauche, fluctuant, à forme d'abcès sous-cutané plutôt que de furoncle — troisième injection de 10 ^c3.

11 Septembre 1922. — Amélioration générale. Au cours des cinq derniers jours, quelques points de folliculites ont fait leur apparition, mais se sont dessé-

chés presque aussitôt. — Quatrième injection de 10^{cs}.

13 Septembre 1922. — L'amélioration persiste. Cinquième injection,

15 Septembre 1922. — Disparition de l'abcès du poignet droit, on ne note plus aucun élément en évolution. Sixième injection de 10^{cs}.

18 Septembre 1922. — Nouvel abcès sur la fesse droite (non consécutif à une injection) s'accompagnant d'une induration profonde et d'un large empâtement douloureux. Septième injection de 10^{cs}.

20 Septembre 1922. — L'abcès est en voie de résolution, la zone indurée et inflammatoire périphérique a diminué, ainsi que les phénomènes douloureux. Huitième injection.

22 Septembre 1922. — Neuvième et dernière injection, la poussée de furonculose est éteinte, l'état général est excellent.

OBSERVATION VI

(DUE A L'OBLIGEANCE DE M. LE DOCTEUR MOUTOT)

G... Lucien, 5^e Colonial.

Entré le 27 Juin 1922 à l'hôpital militaire Desgenettes, 3^e division de fiévreux, pour furonculose.

Ni sucre ni albumine dans les urines.

Le début de la maladie remonte au mois de mars de cette année : les furoncles apparurent d'abord aux avant-bras, puis à la poitrine, enfin au genou droit et au mollet gauche.

Soigné d'abord à la visite médicale, il est dans le courant de mai admis à l'infirmerie de son régiment, où ses furoncles sont traités par des pansements humides. Amélioré après dix jours de traitement, il rejoint sa compagnie. Son état reste stationnaire quelque temps, puis surviennent des poussées nouvelles, il est alors envoyé à la consultation dermatologique de l'hôpital Desgenettes, à la suite de laquelle il est hospitalisé. Il est traité dans le service par l'eau d'Alibour et la pommade jaune.

A l'examen, le 6 juillet, on constate de nombreux furoncles en voie de cicatrisation et ayant déjà éliminé leur bourbillon, dans les régions sterno-cléido-mastoïdienne droite et gauche ; des furoncles plus nombreux et plus gros, ayant éliminé leur bourbillon, à la face dorsale des mains et sur les avant-bras, mais la cicatrisation en ces points est moins avancée que sur le reste du corps.

Comme élément en évolution, on ne note qu'un orgelet à la paupière inférieure de l'œil droit et trois éléments encore au stade de folliculites sur la face antérieure de l'avant-bras gauche.

M. le Docteur Moutot institue le traitement auto-hémothérapique et la première injection de $10^{\text{c}3}$ de sang est faite le 6 Juillet. Quarante-huit heures après, les points de folliculites ont disparu sans être parvenus à l'état de furoncles, l'orgelet en voie de regression a complètement disparu le 10 juillet en avortant lui aussi.

Une deuxième injection de $10^{\text{c}3}$ de sang est faite le 11 juillet, les lésions sont à peu près toutes et

complètement cicatrisées le 18 juillet, aucune folliculite nouvelle.

Une troisième injection de 10^{-3} est pratiquée le 19 juillet, nous avons laissé le malade guéri à cette date.

Le 12 septembre 1922, Mme l'Infirmière du service voulait bien nous envoyer les renseignements suivants : « A eu quelques boutons comme récidue (mais pas de furoncles comme au début), ils ont disparu facilement sous l'effet du traitement : eau d'Alibour à 1/100 et pommade jaune à 1/40. Rejoint son corps à Lyon, le 26 Août 1922. »

OBSERVATION VII

(DUE A L'OBLIGEANCE DE M. LE DOCTEUR GATÉ)

M. X ..., 45 ans, employé aux abattoirs.

Se serait piqué dans son travail et, depuis ce moment, aurait présenté des furoncles à répétition, localisés au bras gauche, siège de sa piqûre. A l'examen on aperçoit au niveau du bras gauche des cicatrices de furoncles anciens et deux ou trois furoncles nouveaux qui sont en pleine évolution. Le traitement autohémotherapique est institué : on fait en tout seize injections de 10^{-3} de sang, chacune étant pratiquée à deux jours d'intervalle.

A noter que pendant la cure d'autres furoncles sont apparus, ou, plus exactement, des points de folliculites nouveaux, qui ont évolué très rapidement sans éliminer de bourbillons.

Le malade étant guéri, on cessa le traitement, depuis 8 jours tout nouveau furoncle ayant cessé d'apparaître. Vingt jours après, la guérison s'était maintenue.

OBSERVATION VIII

(DUE A L'OBLIGEANCE DE M. LE DOCTEUR GATÉ)

Mme X. . . , 25 ans.

Souffrant de furoncles à répétition depuis plusieurs mois, s'est décidée à venir consulter pour un gros furoncle de la face interne de la cuisse, qui s'est ouvert et dont le bourbillon s'est éliminé, mais qui présente une base inflammatoire très nette et une supuration persistante. On a pratiqué chez cette malade trois injections de 10^{cc} de sang à trois jours d'intervalle chacune. Dès le lendemain de la première injection, ce furoncle qui était très enflammé, purulent, douloureux, présente une tendance marquée à la guérison, et la douleur a diminué. La guérison est complète après deux autres injections et la malade ne revient pas, ce qui laisse penser qu'il n'y a pas eu de récurrence depuis cette époque, c'est-à-dire depuis deux mois, car vu le succès de la méthode, dès la première injection, il est probable que la malade n'aurait pas hésité à se soumettre au même traitement.

OBSERVATION IX

(PRISE DANS LE SERVICE DE M. LE DOCTEUR MOUTOT
A L'HOPITAL MILITAIRE DESGENETTES)

Jean P . . , 22 ans, soldat au 54^e régiment d'artillerie, entré à l'hôpital Desgenettes, le 21 octobre 1922.

Il présentait de nombreux furoncles, au début de leur évolution, localisés au cuir chevelu de la région occipitale, au cou et à l'aile droite du nez. On institue le traitement autohémothérapique. Le 23 octobre on fait une première injection, et le 28 une autre injection de 10 ^{cc} est pratiquée. Après cette seconde, les furoncles ont complètement « séché », nous dit le malade. Les plus anciens, au nombre de deux ou trois se sont cicatrisés après avoir éliminé rapidement leur bourbillon ; tous les autres éléments ont avorté avant de « mûrir ».

Mais ce malade aurait souffert d'une douleur assez vive dans la fesse le jour de sa deuxième injection, aussi, ses lésions étant guéries, on lui fit une dernière injection de consolidation sous la peau de l'abdomen à la date du 13 novembre.

Revu à la fin du mois, ce soldat n'a pas eu de récurrence.

OBSERVATION X

(DUE A L'OBLIGEANCE DE M. LE DOCTEUR GUILLOBEY)

J. . . Eugène, classe 1922, 1^{er} contingent.

Soldat au 89^e R. A. L. T., en traitement à l'infirmerie pour furonculose. Cette affection, dont le début

remonte au 15 septembre environ, commença par de petits points de folliculite dans la région axillaire droite, puis par des furoncles à la hanche droite qui de là gagnèrent la région lombaire et le flanc gauche. A l'examen il présente encore un furoncle qui a éliminé son bourbillon, et forme un assez gros cratère au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, et plusieurs autres petits éléments en évolution derrière le dos.

Le traitement autohémotherapique est institué le 25 octobre 1922, date de la première injection de 10^{cs}. Une deuxième est faite le 27 octobre et une troisième le 31 octobre. Je quitte le malade à cette date, il est à peu près guéri et sert d'aide au peintre qui répare l'infirmerie. M. le Docteur Guillobey, médecin-chef du 89^e R. A. L. T. veut bien continuer le traitement. A la quatrième injection les lésions sont complètement cicatrisées, une cinquième injection de consolidation est pratiquée. Revu à la fin de novembre, ce soldat n'a pas présenté de poussée nouvelle.

OBSERVATION XI

(PRISE GRACE A L'OBLIGEANCE
DE MM. LES DOCTEURS H. DUCHÈNE-MARULLAZ
ET GUILLOBEY)

Porte Lazare, 35^e R. I., 11^e C^{ie}, 2^e contingent, cl. 20.

Furunculose généralisée datant de 3 semaines. Malgré les dépuratifs et les pansements antiseptiques, les furoncles continuent à se reproduire. A l'examen

il présente des cicatrices de furoncles et de petits éléments en évolution dans la région axillaire, et à l'aîne un gros élément, qui a éliminé son bourbillon, montrant un cratère assez considérable à bords décollés, avec induration persistante et couleur lie de vin de la région inguinale externe gauche.

Première injection de 10^{c3} le 5 août 1922. Le lendemain de la piqûre, on note une légère poussée congestive, la douleur étant augmentée, d'après le malade, pendant quelques heures, avant de disparaître complètement.

Deuxième injection le 7 août. Grosse amélioration.

Troisième injection le 10 août. Le malade est à peu près complètement guéri.

Une quatrième injection est faite le 14 août. Un mois plus tard, à la libération de son contingent, la guérison était maintenue.

OBSERVATION XII

(DUE A L'OBLIGEANCE DE M. LE DOCTEUR PILLON)

Furonculose de la nuque. — M. E..., 37 ans, est atteint de furunculose de la nuque depuis trois mois, traitée par différents médecins (antisepsie locale, stannoxyl, stock-vaccins) sans aucun résultat.

Il y a quelques jours est apparu un nouveau furoncle : c'est une tuméfaction volumineuse, de la grosseur d'une noix, rouge et extrêmement douloureuse.

On fait au malade cinq injections intramusculaires successives de 10^{c3} de son propre sang.

Dès le lendemain de la première injection la douleur diminue. Avec les suivantes, elle cesse complètement ; la tuméfaction s'affaisse, la rougeur disparaît.

A la cinquième injection (13^e jour de traitement), il ne reste plus qu'un nodule profond sans aucun symptôme inflammatoire. Le traitement est arrêté.

Le malade, revu un mois et demi après, n'a pas fait de nouvelle poussée.

OBSERVATION XIII

(DUE A L'OBLIGEANCE DE NOTRE CAMARADE
LE DOCTEUR J. CLÉMENT)

Le soldat X..., du 130^e régiment d'infanterie, se présente vers le 4 Août à la visite médicale, au camp d'Auvours, pour une furonculose datant d'un mois environ. L'avant-bras droit présente trois éléments en pleine évolution, la fesse gauche un autre élément à un stade moins avancé. L'autohémothérapie est appliquée immédiatement. Six injections sont pratiquées, le départ du régiment n'ayant pas permis une série plus longue. A la troisième injection, les furoncles de l'avant-bras droit qui ont éliminé leur bourbillon, commencent à se cicatriser ; celui de la fesse semble arrêté dans son évolution. Deux autres éléments apparus au bras gauche avortent également.

Le malade quitte le camp d'Auvours après la sixième injection, et son état est grandement amélioré.

OBSERVATION XIV

(DUE A L'OBLIGEANCE DE M. LE PROFESSEUR NICOLAS
ET DE M. LE DOCTEUR DUPASQUIER)

M^{me} T., 45 ans. — *Anthrax*.

Furonculose remontant à trois mois, soignée par différents médecins et divers traitements, notamment par un *auto-raccin*, sans succès.

Un anthrax volumineux apparaît dans la région lombaire à gauche. On institue le traitement autohémotherapique et on fait des applications locales d'alcool ichthyolé. On obtient à la troisième injection de 10 ^{c3} une très grosse amélioration : le 19 juin 1922, le bourbillon s'est éliminé, l'anthrax, très diminué est presque cicatrisé, et toute douleur a disparu. On fait une quatrième injection de sang. La malade guérit rapidement sans autre traitement.

Quelques résultats rapportés dans les observations du Docteur Fauvet (in thèse Paris 1922)

Obs. I (D^r Thorel). — A. . M. ., furonculose datant de quelques mois, guérie par 3 injections de 10 ^{c3}, à 4 jours d'intervalle chacune, guérison vérifiée 2 mois après.

Obs. II. — M^{me} G., furonculose du bras gauche datant de 3 mois, hydrosadénite de l'aisselle gauche ouverte au galvanocautère. Après 5 injections (une tous les quatre jours), guérison.

Obs. III. (D^r Thorel). — F... Louis, 38 ans, furonculose généralisée datant d'un an, échec de traitements locaux. Autohémoth. : amélioration dès premières piqûres ; après la sixième, guérison complète.

Obs. IV. — M^{lle} X..., 15 ans, furoncles persistants depuis quatre mois. En présente encore face interne cuisse, et un abcès sous-cutané marge anus. Autohémo. : 3 jours après abcès (qui a été ouvert au thermo) guéri ; furoncles diminués. Guérison complète après 4 injections. Pas de récurrence 3 mois après.

Obs. V. — X..., 27 ans, employé de bureau, doit cesser son travail par suite furoncles fesses récidivants. Echec divers traitements, non précisés par malade. Autohémo. : 3 jours après le malade peut s'asseoir, guérison complète à la sixième piqûre ; maintenue 6 mois après.

Obs. VI. — M^{lle} Juliette D..., 28 ans, Présente depuis deux mois une vingtaine de furoncles en permanence (flanc gauche, sein gauche et aisselle). 3 février 1920 : première injection autohémo., 3 jours après guérison à peu près totale, néanmoins 3 piqûres de consolidation sont pratiquées.

Obs. VII. — M^{lle} B..., furoncles de la région fessière depuis 7 ans, poussées cataméniales très accusées. Disparition des furoncles dès la troisième injection. Guérison vérifiée 3 mois après.

Obs. VIII. — P..., 24 ans, furonculose de 2 mois guérie par 3 injections d'autohémo.

Obs. IX. — B... G..., ajusteur, présente depuis 15 jours une douzaine de furoncles et a pris 2 boîtes de stannoyl sans résultat. Guéri après 5 injections de

sang. Revient 12 jours après pour dermo-épidermite à streptocoques.

Obs. X. — Furonculose récente généralisée et abcès sous-cutanés chez un convalescent de fièvre typhoïde, datant de quelques jours et dont le pus retiré par ponction contient de nombreux staphylocoques. Guérison après 4 injections.

Obs. XI. — M^{lle} P. Germaine, 27 ans, furoncles de la fesse. Echec d'une première série de 3 injections de sang et d'une deuxième série de 5 injections. Echec aussi du stannoxyl, de l'hyposulfite de soude (6 gr. par jour). Guérison un an après par 4 séances d'ionisation cuprique. Mauvais état général, pré tuberculose.

Obs. XII. — Furonculose depuis 2 mois localisée aux avant-bras. Echec des traitements usuels, guérison de 15 furoncles par 5 injections (à un intervalle de 2 jours). Un seul furoncle persiste, quinze jours plus tard, une nouvelle série de cinq injections reste sans résultat, la malade disparaît.

Obs. XIII. — S... J., 30 ans, furoncles des fesses, de la région lombaire et de la ceinture durant depuis 4 mois, et prurit diurne datant depuis 4 ans, localisé au tronc et aux bourses (lichénification). Après 3 injections d'autohémé : démangeaisons causées par prurit seulement atténuées ; mais guérison furoncles, consolidée par 2 autres injections.

CHAPITRE III

Etude tirée des observations

Dans l'étude des observations, les principaux effets thérapeutiques à mettre en relief, sont les suivants :

1° *La disparition rapide de l'élément douleur*, survenant souvent dans la journée qui suit la première injection ; ce fait est généralement observé dans tous les cas que nous avons traités ; on note spécialement, que, dans l'obs. III la douleur disparut à la troisième injection ; dans l'obs. IV, après la première injection, les furoncles deviennent beaucoup moins douloureux ; de même dans l'obs. VIII. Par contre, une fois (obs. XI), nous avons noté une poussée congestive et fugace, précédant la sédation de la douleur.

2° *La zone inflammatoire périphérique s'efface rapidement*, en moyenne vers le deuxième jour ; ce fait est noté dès les premières injections dans l'obs. I ; à la troisième dans l'obs. II ; le lendemain de l'injection dans l'obs. III, de même dans l'obs. VIII.

3° *Les éléments traités à leur début avortent*, ils restent à l'état de folliculites et s'éteignent sans être arrivés au stade de mortification et d'élimination de

« l'escharre glandulaire ». Ainsi dans l'obs. I, de nouveaux points de folliculites étant survenus au cours du traitement, ne dépassèrent pas le stade congestif, comme s'ils étaient épuisés dès leur naissance ; dans l'obs. IV, abortion également des furoncles pris au début ; dans l'obs. V. quelques points de folliculites disparaissent quelques heures après leur apparition ; dans l'obs. VI, avortement d'éléments semblables ainsi que d'un orgelet ; même remarque enfin dans l'obs. VII et dans l'obs. XI où, les furoncles ont « séché » et disparu avant de mûrir.

4° *Quand les furoncles sont arrivés à un point de leur développement trop avancé pour pouvoir avorter, leur évolution se poursuit.* Le centre du furoncle (1) se ramollit, s'ulcère, laissant sourdre une sérosité purulente et montrant au fond d'un petit cratère une masse grisâtre ou jaunâtre, qui est le bourbillon, résultat de la nécrose de l'appareil pilo-sébacé, qui a été primitivement le siège de l'infection. Mais cette évolution, qui se passe d'une façon normale, n'a pas lieu dans le temps que prend habituellement le furoncle non traité pour arriver à maturation. *L'évolution du furoncle, sous l'influence du traitement, est plus rapide* : sa durée est, non plus de 8 à 10 jours, mais de 4 à 5 jours par exemple, Ce fait est spécialement noté dans l'obs. I, et dans l'obs. III, la malade en a fait elle-même la très juste remarque.

(1) J. Barozzi. Art. Furonculose, in *Pratique dermatologique*, T. II.

5° *L'amélioration de l'état général par le traitement est notable* ; d'autant plus que la furonculose en avait provoqué une altération plus profonde. Le malade, dans l'obs. II nous dit que « son appétit est bien meilleur, qu'il se sent plus fort et plus en train ». De même la malade de l'obs. III signale le retour de ses forces, et on peut constater la disparition de son état subfébrile.

Tels sont les faits cliniques sur lesquels il convient d'insister ; quels sont, d'autre part, les *enseignements techniques* que peuvent nous donner ces observations ?

Nous voyons que le *nombre des injections* nécessaires est essentiellement variable ; dans trois cas, trois injections furent suffisantes, tandis que pour d'autres malades, il fallut continuer jusqu'à douze, treize et même, deux fois, jusqu'à seize injections.

De même, leur *fréquence* ne peut être fixée d'une façon mathématique ; dans certains cas, il suffit de les pratiquer tous les trois ou quatre jours seulement, parfois même à des intervalles plus longs ; d'autres fois on devra les faire tous les deux jours et même quotidiennement.

Un fait paraît acquis, c'est *qu'il ne faut pas arrêter le traitement aussitôt que la guérison est obtenue* ; mais qu'il faut pratiquer encore une ou deux injections, pour que celle-ci soit consolidée. Ainsi, dans l'obs. III, on suspendit le traitement à la huitième injection ; « toutes les lésions étant guéries, il ne persistait plus qu'un peu de tissu bourgeonnant à la place d'un ancien anthrax ». Quatre jours plus tard

un gros furoncle et de nouveaux points de folliculites apparurent, et on dut pratiquer encore huit injections avant de pouvoir être assuré du maintien de la guérison. De même, dans l'obs. III, le traitement fut arrêté prématurément à la treizième injection, bien que ce nombre fut jugé insuffisant. Aussi, quinze jours après, de nouveaux furoncles apparurent, moins rebelles cependant, puisqu'un traitement externe, insuffisant jusque-là, suffit à les faire disparaître en quinze jours. Les mêmes constatations ont pu être faites chez le malade qui a fait l'objet de notre sixième observation.

Enfin, chez un malade qui ne réagissait d'aucune façon à cette thérapeutique, *il ne faudrait pas néanmoins arrêter la série avant la cinquième ou la sixième injection*, car MM. Gaté et Dupasquier (1) ont rapporté des cas de dermatoses où l'amélioration fut lente à se manifester. D'autre part, il n'est pas impossible que certains furonculeux soient moins sensibles à ce mode de traitement. Chez de tels malades, l'échec de l'autohémothérapie pourrait n'être dû qu'à son abandon trop précoce.

L'autohémothérapie ne nous a donné *aucun incident* au cours du traitement ; un seul de nos malades s'est plaint d'une vive douleur dans la fesse. Un de nos camarades à qui cette thérapeutique fut appliquée, dans une affection différente, a préféré pour cette même raison avoir recours aux injections sous-cutanées. Tous nos autres malades n'ont éprouvé aucune

(1) J. Gaté et D. Dupasquier. Considérations pratiques sur l'autohém. en derm. *J. de Médecine de Lyon*, N° 57 (20 Mai 1922), p. 311.

douleur, ni la moindre gêne. Cependant, dans le traitement de certaines dermatoses, MM. Gaté et Dupasquier ont observé des accidents qu'ils ont comparés à ceux de la sérothérapie. A vrai dire, remarquent ces auteurs, ce sont plutôt des incidents, qui n'ont jamais eu de caractère de gravité. MM. Nicolas, Gaté et Dupasquier (1) ont observé, chez un sujet, des douleurs violentes, dans les parties hautes de la fesse, qui durèrent pendant les dix minutes qui suivirent l'injection ; chez un autre, des phénomènes articulaires au niveau des deux articulations tibio-tarsiennes, simple arthralgie d'un côté ; arthrite inflammatoire persistante de l'autre, apparue après la quatrième injection et disparue en huit jours sans nécessiter l'arrêt des injections. Ces incidents, aussi peu fréquents que peu sérieux, ne devront jamais être un obstacle à l'essai d'un traitement pouvant amener la disparition d'une affection aussi tenace que la furonculose chronique, surtout quand les autres thérapeutiques ont échoué.

La plupart de nos malades, en effet, avaient été soumis, sans succès, à d'autres thérapeutiques, externes et internes, avant d'être traités par l'autohémothérapie. Nous citerons notamment l'échec de la vaccination chez certains d'entre eux. Dans l'obs. I ce sont les Immunizols qui restèrent sans effet ; dans

(1) J. Nicolas, J. Gaté et D. Dupasquier. — Réactions cliniques dans l'autohémothérapie de quelques dermatoses. — *C. R. des séances de la Société de Biologie* (28 Novembre 1921), Tome LXXXV, page 1036. — Nouveaux essais d'autohémother. dans les dermatoses. — Réactions du type sérique consécutives. *Ann. de Derm. et de Syphil.* IV^e série. Tome III, N^o 4 (Avril 1922).

l'obs. II et dans l'obs. XII c'est un stock-vaccin ; et chose plus importante encore à noter, dans l'obs. XIV on avait eu recours en vain à un auto-vaccin.

Nous n'avons, le plus souvent, pratiqué aucun *traitement local*, ni soumis nos malades à aucun *régime particulier*, pour montrer que le traitement sanguin à lui seul était suffisant pour amener la guérison. Dans la pratique, en ne se plaçant plus au point de vue expérimental, on pourra instituer en même temps une thérapeutique locale, ne serait-ce que pour donner satisfaction à certains malades. Par contre, il est nécessaire de lutter contre la constipation. MM. Gaté et Dupasquier en ont bien montré l'importance ; ils ont constaté des poussées nouvelles chez certains de leurs malades, sous l'influence d'une rétention stercorale ; celle-ci supprimée, le traitement reprit toute son action sur les lésions qui guérissent rapidement.

CHAPITRE IV

Considérations sur le mode d'action de l'autohémothérapie dans la furonculose

Nombreuses sont les recherches qui, depuis ces dernières années, ont eu pour but de déterminer le mécanisme de l'action de certaines substances, et en particulier des vaccins, des albumines étrangères (protéoses, protéines), des métaux colloïdaux, des sérums, de l'auto-sérum et du sang complet.

Malgré tous ces travaux, bien des questions demeurent encore pendantes, notamment celles de la spécificité des anticorps, qui est loin d'être résolue. Certains médecins, en effet, n'accordent leur confiance qu'aux auto-vaccins, alors que pour d'autres la vaccinothérapie n'est qu'un simple mode de la protéinothérapie.

La plupart des auteurs s'accordent cependant pour reconnaître aux vaccins une double action :

1° Une action immédiate, non spécifique qui peut se ramener à l'action du choc colloïdoclasique, protéique ou peptonique.

2° Une action lointaine, spécifique, telle qu'on la retrouve dans la vaccination antirabique, antivariolique, antityphique, antistaphylococcique. C'est, dit le Professeur Bezançon (1), « une véritable vaccination préventive ; elle semble se manifester nettement dans le traitement de la staphylococcie chronique, où à la suite de l'injection de vaccin il semble qu'on parvienne à vacciner l'organisme et à supprimer la récurrence incessante des furoncles ».

Mais c'est à l'action immédiate, plus tangible, que sont dues : la chute de température au cours de l'évolution typhique, la sédation très rapide des douleurs dans le rhumatisme blennorragique, la réaction de foyer des furoncles.

D'autre part, on a remarqué que certaines affections avaient guéri au moyen d'un vaccin contenant un microbe différent de celui qui causait la maladie (2) ; c'est ainsi que Nicolle et Blaizot ont amélioré des tuberculeux en leur injectant du vaccin antistaphylococcique, qu'Engmann et Mac Garry ont employé avec succès dans le lupus érythémateux des injections de cultures typhiques stérilisées. Mauté (3) a pu juguler des dothientéries au moyen de l'injection d'un vaccin fabriqué avec un microbe quelconque non pathogène, isolé d'une eau de source. Hallopeau et Roger ont fait disparaître des lupus tuberculeux en inoculant des cultures stérilisées de streptocoque

(1) Bezançon. — Leçon inaugurale du cours de bactériologie (24 mars 1919).

(2) A. Sézary. — *Journal Médical Français*. La vaccinothérapie, n° 3, mars 1919.

(3) Dufourt. — *Journal de Médecine de Lyon*, n° 25 du 20 janvier 1921.

ou de bacillus prodigiosus. Madelaine a augmenté la résistance des lapins à la tuberculose par des injections intraveineuses de staphylocoques tués. Les lapins injectés avec du colibacille résistent à l'inoculation typhique (Teague et Mac Williams) ; les souris ayant reçu du lipovaccin antityphoïdique résistent mieux que les témoins à l'injection streptococcique (Medlar). Ces faits prouvent que dans une certaine mesure, la vaccination préventive ou curative peut être réalisée avec des germes différents de ceux dont on veut prévenir ou enrayer le développement.

En outre, « Ludke, Miller et Lusk, Culver, ajoutèrent dans leur vaccin des protéoses aux corps microbiens ; c'était comme un retour vers la tuberculinothérapie, dans laquelle on injecte à la fois des toxines bacillaires et des peptones (1) ». Il fallait dès lors attribuer un rôle thérapeutique aux protéines microbiennes. « Il est certain, écrit Widal, que dans la vaccinothérapie telle qu'elle a été pratiquée par exemple dans la fièvre typhoïde à l'aide de cultures tuées de bacilles d'Eberth (citons également la vaccinothérapie de la blennorrhagie et de ses complications, de l'asthme, de l'asthme tuberculeux, des affections pulmonaires aiguës, etc..., par les agents pathogènes de ces affections) certains succès immédiats, attribués à la réaction spécifique du vaccin, relèvent en réalité de la réaction du choc protéique que peut déterminer toute protéine microbienne ».

(1) A. Sezary, la vaccinothérapie, ses principes, sa technique, ses résultats, *Journal médical français*, n° 3, Mars 1919.

Etant donc arrivé à cette conception que la vaccinothérapie et la sérothérapie, soi-disant spécifiques, n'agissaient peut-être que par protéinothérapie, on fit alors avec un succès parfois impressionnant des injections de peptone (Nolf), de protéines ou d'albumines les plus hétérogènes. Une des substances les plus employées a été le lait de vache, complet ou sous forme de préparations contenant une partie du lait ; caséosan, aolan, ophtalmosan, albusol (Schmitt 1916, Muller, Saxl, Thioloix, Bonnet). On utilisa également les métaux colloïdaux, les lipoïdes, et enfin les injections de sérum ou de sang du malade lui-même ou d'un autre sujet. Nous avons ainsi toutes les peptothérapies, les protéinothérapies, les colloïdothérapies, la sérothérapie, l'hémothérapie. Ce sont, en effet « des thérapies plutôt que de véritables vaccinations (Tuffier) ». Elles sont caractérisées par un ensemble de phénomènes constituant le choc protéinique analogue au choc hémoclasique de Widal : « altération de l'équilibre colloïdal de nos humeurs et de nos tissus, du sang et de nos protoplasmas ».

Widal, Abrami et Brissaud ont mis en relief l'analogie qui existe entre tous les chocs, qu'ils soient consécutifs à des injections d'albumines étrangères, de peptones, de cultures microbiennes, d'autolysats organiques, de métaux colloïdaux etc. .

Un des caractères les plus constants des chocs ainsi occasionnés consiste en une véritable crise vasculo-sanguine ou crise hémoclasique, révélée par : l'*hypotension artérielle* ; la *leucopénie* (non par la destruction des leucocytes, mais par leur répartition ;

il y aurait hyperleucocytose compensatrice dans les capillaires viscéraux et dans le sang des gros vaisseaux); *l'inversion de la formule leucocytaire* (les mononucléaires et les éosinophiles restant en nombre normal tandis que celui des polynucléaires neutrophiles est très réduit); la *raréfaction des plaquettes sanguines*; des *troubles de la coagulation du sang* (incoagulabilité quelquefois, mais beaucoup plus souvent augmentation de la rapidité de la coagulation). A tous ces signes déjà décrits par Richet, Arthus, Biedt et Krauss, Widal a ajouté *l'aspect rutilant du sang veineux* et *l'abaissement de l'index réfractométrique du sérum*.

Cette crise hémoclasique précède généralement les signes physiques du choc, qui peuvent manquer; enfin la crise elle-même peut être atypique, monosymptomatique. Le phénomène le plus fréquent paraît être la leucopénie, et fréquemment c'est elle seule qu'on a recherchée.

Ces chocs sont, avant tout, d'ordre physique et n'ont aucune valeur spécifique. « Là aussi on assiste à l'évolution des manifestations dites humorales, et l'on constate que, pour avoir été rénové, l'humorisme moderne n'est guère mieux assis que l'humorisme ancien (1) ». Normalement le plasma tiendrait en suspension colloïdale des substances protéiques se groupant entre elles pour former des complexes colloïdaux. Ces groupements ne seraient pas des combinaisons chimiques, mais relèveraient

(1) Dufourt. *Journal de Médecine de Lyon*, N° 25 (20 Janvier 1921).
loc. cit.

de phénomènes *d'adsorption* d'ordre exclusivement physique. Il existerait donc à l'état normal un équilibre physique des colloïdes des humeurs lié à la tension superficielle, à la viscosité du milieu, à la charge électrique des particules et cet état d'équilibre serait spécifique pour chaque être vivant (1). Si des albumines étrangères, des colloïdes de spécificité physique différente sont introduits par voie sanguine dans l'organisme, il en résultera un choc. D'après Widal et son école, « les phénomènes de choc doivent aller jusqu'à un véritable bouleversement colloïdal qui survient ainsi dans l'organisme. Le choc ne reste pas cantonné aux colloïdes du sang ; il doit exister dans tous les plasmas, se faire sentir jusque dans les plasmas colloïdes qui constituent nos éléments cellulaires ; il semble même que, dans certains cas exceptionnels, on puisse assister à des chocs dissociés tantôt purement sanguins, tantôt purement tissulaires. Dans certains cas, tout se passe comme si le choc restait cantonné aux colloïdes du plasma sanguin, dans d'autres, les phénomènes de colloïdoclasies tissulaires produits par une substance chimique paraissent indépendants de l'hémoclasie (2) ».

Un choc protéique peut même résulter de l'action non plus de substances étrangères, mais de substances venues de l'organisme du sujet lui-même. Les protéines des tissus, après écrasements

(1) P. Gastinel et P. Jacob. *Bulletin Medical*, (16 Avril 1921), p. 315 et 316.

(2) Widal, Abrami et Brissaud. *Presse Médicale* (3 Mars 1920), N° 19, p. 181).

étendus, après grands traumatismes, peuvent, si elles sont résorbées brusquement, provoquer le choc, et c'est ainsi que l'on peut ajouter aujourd'hui le choc traumatique à la suite des observations de Quénu, Delbet (1). Wallich a décrit les phénomènes du choc protéique à la suite de l'accouchement. Pour Whipple et Cooke, la résorption des protéines dans l'anse étranglée produirait le choc de l'occlusion intestinale. La fièvre produite par la résorption sanguine d'un vaste hématome n'est-elle pas aussi une manifestation du choc produit par la réintégration dans l'organisme du sang extravasé et rendu ainsi hétérogène ? Enfin, dans certains cas, la rupture de l'équilibre des colloïdes du plasma pourrait se produire en dehors de toute introduction de substances étrangères ou devenues hétérogènes par suite de conditions spéciales : par exemple dans l'hémoglobinurie paroxystique sous l'influence du froid (Widal) (2), le coryza spasmodique *a frigore* (J. Lermoyez) (3), certains cas de maladie de Raynaud (Souque et Moreau), le coup de chaleur (Richet) (4), la maladie des irradiations pénétrantes (Beclère) (5).

D'autre part, suivant la cause du choc, la voie

-
- (1) P. Gastinel et P. Jacob. *Bulletin Médical*, 16 Avril, 1921. P. 315-318
 - (2) Widal, Abrami et Brissaud. L'autocolloïdoclasie *a frigore*. *Académie des Sciences*, 25 Juillet 1921.
 - (3) J. Lermoyez. Coryza spasmodique « *a frigore* » manifestation de colloïdoclasie. Crise hémoclasique provoquée par le froid. *Soc. Méd. Hop.*, 1921, N° 26, p. 1.183.
 - (4) Ch. Richet Fils. Le coup de chaleur expérimental. *C. R. Soc. Biol.* 1921, N° 29, p. 713.
 - (5) M^{lles} Giraud, Gaston Giraud et G. Paris. Crise hémoclasique des irradiations pénétrantes. *Presse Médicale*, 1921, N° 75, p. 746.

d'introduction de la substance déchainante, la dose injectée, la rapidité avec laquelle elle est administrée, on pourra avoir des réactions biologiques différentes : « Injectée dans les veines à dose suffisante, une substance comme la peptone produit l'incoagulabilité ; introduite à dose massive dans le torrent circulatoire, elle engendre un choc protéique violent, alors qu'à faible dose ou injectée très lentement, elle immunise au contraire contre le choc(1) ». Ces simples faits expérimentaux, établis depuis longtemps par les physiologistes, montrent que la thérapeutique protéinique ne saurait être une dans ses indications et dans ses résultats.

Widal, Abrami et Brissaud distinguent deux formes assez différentes par leur nature et leur mode d'action : d'une part, le *choc proprement dit* ; d'autre part, le *choc dit de consolidation*. Dans le premier cas il s'agit d'un choc violent, bouleversement de l'équilibre des colloïdes de l'organisme, dont les effets peuvent être salutaires, et qui peut se traduire cliniquement par de la dyspnée, du collapsus, des vomissements, des phénomènes convulsifs, parfois par une brusque élévation thermique avec frisson, souvent par des phénomènes cutanés : prurit, urticaire. Cette thérapeutique qui enregistre des succès éclatants, mais dont les effets variables ne peuvent être exactement prévus, et dont la violence ne peut être réglée, doit être réservée aux « cas exceptionnels

(1) Widal, Abrami et Brissaud. — Considérations générales sur la protéinothérapie et le traitement par le choc colloïdoclasiqne. *Presse Médicale*, 5 mars 1921.

pour lesquels toutes les thérapeutiques sont restées impuissantes et dont la gravité autorise toutes les tentatives (1) ».

Le choc de consolidation au contraire est un choc atténué, un choc réparateur du déséquilibre colloïdal préexistant. Dans les infections traitées par le choc proprement dit, l'agent causal prépondérant de la maladie est le microbe, sa pullulation, ses toxines ; dans les affections dans lesquelles la thérapeutique se propose de rétablir un équilibre normal par choc de consolidation, c'est, au contraire, l'altération humorale, le trouble colloïdal, la transformation du terrain par les premières attaques microbiennes. Et ce « sang tourné » dont parle le peuple, n'est pas une étiologie fausse s'il désigne cette colloïdoclasie qui se trouve à l'origine d'affection telles que l'urticaire et certaines dermatoses. Pourquoi ne pas expliquer cette réceptivité de certains sujets à la furonculose par un trouble humoral, par une altération de l'équilibre colloïdal qu'on (2) a imputé tour à tour au surmenage physique ou intellectuel, aux soucis, à certaines diathèses (le diabète prédispose de façon indéniable à la furonculose et à l'anthrax). Il est enfin des individus hypersensibilisés vis-à-vis des protéines de leurs tissus ou de celles du staphylocoque, qui font de la furonculose avec une extrême facilité et chez lesquels les poussées succèdent aux poussées

(1) Widal, Abrami et Brissaud. — Considérations générales sur la protéinothérapie et le traitement par le choc colloïdoclasique. *Presse Médicale*, 5 mars 1921. Loc. cit.

(2) Pérol Marcel. (Th. de Paris 1916-17).

sans qu'il soit, le plus souvent, possible d'attribuer à chacune d'elles une cause bien déterminée. Pourquoi dans cette affection, l'autohémothérapie n'agirait-elle pas en produisant un choc de consolidation ? Nous avons recherché quelques manifestations du choc hémoclasique. En général, nous n'avons pas trouvé de différence entre la pression artérielle prise avant et après l'injection, quelquefois une très légère hypotension, mais si faible et si incertaine qu'il ne peut en être fait état. Nous n'avons pu rechercher la leucopénie que chez deux sujets. Chez l'un nous l'avons trouvée à deux reprises (avant la deuxième injection : 7.000 globules blancs, après 5.500 ; avant la troisième injection : 7.500, après 5.500) ; chez l'autre nos recherches furent négatives. Nous n'avons pas constaté de changement de la formule leucocytaire, pas de troubles de la durée de la coagulation, pas de rutilance du sang veineux. Les recherches du Docteur Fauvet, dans sa thèse, et celles du Docteur Dumollard donnèrent des résultats analogues ; par contre le Docteur Ruby a été plus positif et a constaté hypotension et leucopénie chez les quatre sujets qu'il a examinés. Quoi qu'il en soit, ces signes ne sont certainement, selon Widal, que les éléments les plus visibles et en quelque sorte les plus grossiers de la crise hémoclasique ; des recherches complémentaires viendront peut-être enrichir sa symptomatologie d'éléments nouveaux. D'autre part, on peut croire que l'albumine du sang, celle du plasma et des globules, bien que n'étant pas assez hétérogène pour provoquer, sinon des phénomènes cliniques, du

moins des phénomènes microscopiques certains du choc, a été extériorisée suffisamment pour en produire les réactions salutaires.

Il y a en tous cas, une analogie frappante entre l'action de l'autohémothérapie et celle de la lactothérapie ; or le lait ne possède aucune propriété spécifique. Langer a obtenu de bons résultats dans la furonculose au moyen des injections de lait en nature. Une action heureuse a été observée également avec le caséosan par Stoeber et Krösl, avec l'aolan par Müller. M. Bonnet a traité (1) récemment par la méthode lactothérapique deux malades atteints de furonculose. Il furent tous deux guéris, l'un par deux injections de 5^{cs} de lait, l'autre par trois injections. Dans les deux cas le soir de la première on nota une certaine réaction fébrile, et chez un seul malade de la céphalée et des nausées, dues probablement à la plus grande différenciation qui existe entre les albumines du lait et les albumines organiques. L'autohémothérapie serait donc préférable, d'autant plus qu'on a prêté au sang du malade lui-même d'autres propriétés ; rappelons, en effet, la phrase de Ravaut : « il paraît préférable, dit cet auteur, d'injecter le sang total, car dans la fibrine et les globules rouges, il peut exister des substances ou des corps microbiens dont la résorption par l'organisme peut provoquer des réactions utiles ». Mais ceci n'est jusqu'à présent qu'une hypothèse et pour en juger, il suffirait de

(1) Bonnet L.-M. — Injections de lait dans le traitement de la furonculose, *Lyon médical*, n° 21, 10 Novembre 1922, page 962.

pouvoir pratiquer au malade non plus des injections de son propre sang, mais des injections de sang prélevé chez un sujet sain, et de montrer, ce qui est probable, qu'on peut attendre de l'homohémothérapie des résultats aussi heureux que ceux qui nous sont donnés par l'autohémothérapie. Certains auteurs ont pu recourir à ce mode thérapeutique si peu différent du nôtre, mais qu'il est plus ennuyeux de proposer au malade.

Ainsi M. Sicard (1) écrit : « Il nous a paru qu'à côté de l'autohémothérapie on pouvait utiliser l'homohémothérapie, et, depuis quelques années, nous avons eu l'occasion de recourir à ce dernier procédé dans une vingtaine de cas, nous n'avons jamais eu d'accidents d'infection ou de transformation kystique. La résorption, même chez les sujets affaiblis ou débilités, s'est toujours faite normalement ».

Mais, jusqu'à présent, c'est surtout l'analogie entre l'action de l'homosérothérapie et celle de l'auto-sérothérapie qui a été établie et principalement au cours des infections. MM. Grigaut et Moutier avaient étudié chez les grippés, avec des résultats encourageants, l'effet des injections intraveineuses de plasma de convalescents. MM. Brodin, Lesné et St-Girons, ayant repris ces recherches, constatèrent que chez les grippés et aussi chez les typhiques, les injections de plasma normal donnaient exactement le même résultat, c'est alors qu'ils pensèrent à injecter à un

(1) Sicard J.-A. Homohémothérapie sous-cutanée. *Marseille Médical*, 1^{er} Mai 1910, et *Presse Médicale*, N° 33, 13 Juin 1913,

malade, non plus un hétéroplasma, mais son propre plasma. Les recherches de MM. Grigaut et Moutier avaient fait penser que le plasma agissait d'une façon spécifique en fournissant à un malade les anticorps élaborés par un sujet convalescent de la même maladie, tandis que les travaux postérieurs montrèrent que l'autoplasma n'agissait plus comme vecteur de substances immunisantes, mais en tant qu'albumines étrangères sur lesquelles l'organisme réagit avec plus ou moins de violence.

En terminant ce chapitre, et non pas le débat, il nous faut souligner la similitude des effets obtenus par l'autohémothérapie chez nos malades et des effets obtenus par l'emploi de vaccins dans d'autres cas.

Aussi MM. Nicolas, Gaté et Dupasquier (1) se demandent « si la vaccinothérapie, par l'introduction dans l'organisme d'albumines étrangères, n'est pas en définitive, au même titre que l'autohémothérapie et autres méthodes analogues, une simple modalité de la protéinothérapie. D'ailleurs, *si les vaccins agissent vraiment ou uniquement en provoquant une réaction de défense spécifique à l'égard du ou des microbes pathogènes, on ne s'explique pas pourquoi tel malade atteint de furonculose n'arrive pas rapidement à acquérir spontanément l'immunité.* Dès lors n'y aurait-il pas possibilité de voir dans de tels phénomènes

(1). — J. Nicolas, J. Gaté et D. Dupasquier. Nouveaux essais d'autohémothérapie dans les dermatoses. Réactions du type sérique consécutives. *Annales de Dermat. et de Syphil.* IV^e Série, Tome III, n^o 4. Avril 1922.

non pas uniquement l'intervention de l'antigène spécifique de la maladie visée, mais peut-être seulement la mise en jeu d'une sensibilité spéciale des humeurs du malade vis-à-vis d'albuminoïdes variables suivant les sujets et capables de déterminer chez eux la crise hémoclasique, ou pour être plus compréhensif, la crise humorale susceptible de provoquer la vaccination ou la guérison ? Mais c'est là soulever un lourd problème de pathologie générale et nos seules observations ne sauraient porter atteinte au dogme de la spécificité ».

CONCLUSIONS

I. — L'autohémothérapie, indiquée dans le traitement de certaines dermatoses et que nous avons étudiée dans la furonculose, consiste (telle qu'elle est pratiquée à la clinique dermatologique de l'Antiquaille) à prélever une certaine quantité de sang à un malade pour le lui réinjecter immédiatement dans les muscles de la fesse, sans addition d'aucune substance anticoagulante.

II. — La dose moyenne utilisée est de 10^{cc} chez l'adulte et de 2^{cc} chez l'enfant. Les injections sont répétées en général tous les trois jours ; le nombre nécessaire et suffisant varie suivant les sujets. En cas d'insuccès au début, il ne faut cependant pas arrêter le traitement avant la 5^e ou la 6^e injection. Et une fois la guérison obtenue, il est nécessaire de la consolider par une ou deux dernières injections.

III — Le mécanisme de l'autohémothérapie n'est pas élucidé à l'heure actuelle. Cependant on peut, semble-t-il, comparer ses résultats à ceux de la protéinothérapie en général et de la lactothérapie en particulier. Il serait désirable de mettre en parallèle

les effets de l'autohémothérapie et de l'homohémothérapie dans la furonculose.

IV. — La valeur curative de l'autohémothérapie est cliniquement supérieure aux médications précédemment employées, et réussit, à notre connaissance, dans des cas où les vaccins ont échoué.

V. — Son innocuité démontrée, sa tolérance parfaite, la simplicité de son emploi en font le traitement de choix de la furonculose.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	J. NICOLAS.
Jean LÉPINE.	

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 27 Novembre 1922.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD et FLANDIN. — Autosérothérapie par voie sous-cutanée dans deux cas de rhume des foins. (*Bulletin et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, page 1222). (Séance du 26 Juin 1914 .
- ARLOING, DUFOURT et LONGERON — Nouvelles recherches sur l'influence du choc anaphylactique dans les infections expérimentales. (*Presse médicale*, 3 Décembre 1921.)
- BAROZZI. -- Art. Furunculose, in *Pratique dermatologique*, T. II. (cité par Pérol, in thèse Paris 1917).
- BEZANÇON. — Leçon inaugurale du cours de Bactériologie (29 mars 1919), in *Précis de microbiologie clinique*. (Marsou, 1920).
- BONNET L.-M. — Vaccinothérapie, sérothérapie, protéinothérapie dans les bubons consécutifs au chancre mou. (*Lyon médical*, 25 Avril 1922).
- Injections de lait dans le traitement de la furunculose. (*Lyon médical*, n° 21, 10 Novembre 1922, page 962).
- BONNET L.-M. et JUVIN. — Quelques observations de bubons traités par les injections de lait. (*Lyon médical* 1922, page 91).
- BONNET L.-M et REBOUL. — Injections sous-cutanées de lait dans le traitement des bubons. (*Lyon médical*, 1921, p. 819).
- BRODIN, LESNÉ et SAINT-GIROIS. — Autoplasmothérapie dans la grippe. C. R. de la Soc. de Biologie t. LXXX III, 15 Mars 1919, p. 423.
- BRUNEL. — Traitement de vingt cas d'infection de la grossesse et des suites de couche par le stock-vaccin du P^r Delbet (Thèse de Lyon 1922).
- CASSAN. — La Protéinothérapie (Thèse Paris 1919).
- CHALIER Joseph. — La transfusion sanguine et la sérothérapie humaines dans leurs applications médicales. (*Journal de médecine de Lyon* 1920, page 269).

- CHEIMISSE. — L'autosérothérapie et l'autohémothérapie dans les dermatoses. (*Presse Médicale*, 30 Avril 1921, p. 345).
- COURMONT J. — Précis de Bactériologie. (Doin 1911).
- Art. staphylococcie. (in *Traité Brouardel et Gilbert*). (Baillière).
- COURMONT P. — Anaphylaxie. (*Journal de Médecine de Lyon*, 1920, p. 99).
- CORDIER V. — Anaphylaxie alimentaire. (*Journal de Médecine de Lyon*, 1920, p. 113).
- DUFOUR H. et CROW. — Utilisation thérapeutique du choc anaphylactique dans un cas de purpura hémorragique chez une enfant de 14 ans. (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 5 Juin 1914, page 979).
- DUFOUR A. — Colloïdoclasothérapie. Mode d'action et utilisation des chocs dans les infections (*Journal de médecine de Lyon*, n° 25 du 20 Janvier 1921).
- FAUVET A. — Contribution à l'étude de l'autohémothérapie en dermatologie et particulièrement dans la furonculose. (Thèse de Paris 1922).
- *Journal des Praticiens* n° 26, 1^{er} Juillet 1922, p. 431.
- FIESSINGER. — Antianaphylaxie (*Journal des Praticiens*, n° 41, 8 Octobre 1921, page 667).
- Protéino et protéosothérapie dans les recherches modernes. (*Journal des Praticiens*, Mars 1921, p. 185-202).
- FOERSTER. — Behandlung von Bubonen mit Cascosan. (*Thérapeutische Halbmonatshefte* 1921, page 208).
- GASTINEL et JACOB. — A propos de l'hémoclasie et de la réaction au benjoin colloïdal. Bulletin médical 13-16 Avril 1921, pages 315-318.
- GATÉ et DUPASQUIER. — Considérations pratiques sur l'autohémothérapie en dermatologie. (*Journal de médecine de Lyon*, n° 57, 20 Mai 1922, pages 307-312).
- GRIGAUT et MOUTIER. — Essais de traitement de la grippe par la plasmothérapie. (*Acad. des Sciences* 18 Novembre 1918).
- GRIMBERT A. — Considérations sur l'emploi de la vaccinothérapie spécifique. (*La vie médicale*, n° 14, 7 Avril 1922, page 593).

- HUDELO, MONTLAUR et DROUVY. — Du renforcement de l'action de certains médicaments par l'adjonction de lipoides. *Bull. et mém. de la Soc. médic. des hôp. de Paris* (séance du 25 Octobre 1918), n° du 21 Novembre 1918.
- KROESL. — Kaséosanbehandlung in der dermatologischen Praxis. (*Thérap. d. gegenw.* 1921, p. 365; *Dermat. Wochen* 1921, page 1239).
- LANGER. — Die Protéinkörpertherapie bei gonorrhoeischen Komplikationen und bei ulcus molle. *Médec. Klinick* 1921, page 684.
- LAUMONNIER J. — (*Gazette des Hôpitaux* n° 76, 27, 29 Septembre 1921).
- LÉVY F. — L'autohémothérapie dans les Dermatoses. (*Vie médicale* n° 26 du 30 Juin 1922).
- LUMIÈRE A. — Choc anaphylactique et colloïdoclasie. (*Presse médicale* n° 97, 3 Décembre 1921, page 960. — *Avenir médical* n° 1, Janvier 1922).
- LUMIÈRE A. et H. COETURIER. — Sur les rapports du choc anaphylactique avec l'introduction de précipités dans la circulation. (*Académie des Sciences* 5 Septembre 1921).
- LERMOYER J. — Coryza spasmodique « a frigore », manifestation de colloïdoclasie. (*Soc. Méd. des Hôp.*, 1921, N° 26, p. 1183).
- MOURIQUAND. — L'autohémothérapie dans les infections à forme traînante. (*Journal de Médecine de Lyon*, 1920, p. 277).
- NICOLAS, GATÉ et DUPASQUIER. — Deux cas de prurigos rebelles guéris par l'autohémothérapie. (*Ann. de Dermat. et de Syphil.*, N° 3, 1921).
- Réactions cliniques dans l'autohémothérapie de quelques dermatoses. (*C. R. des séances de la Soc. de Biol.*, 1921, N° 35, p. 1036).
 - Nouveaux essais d'autohémothérapie dans les dermatoses. Réactions du type sérique consécutives. (*Ann. de Dermat. et de Syph.*, N° 4, Avril 1922).
 - Autohémothérapie en dermatologie. (*La Médecine*, Nov. 1922).
- NOLF. — Bactériothérapie et protéinothérapie. (*Presse Médicale*, 1917, p. 583).
- PAGNIEZ. — L'antianaphylaxie, ses applications clin. et therap. (*J. Méd. Français*, N° 3, Mars 1922).

- PAILLARD. — Quelques questions d'actualité à propos de l'anaphylaxie : thérapeutique des infections par le choc ; de l'anaphylaxie à l'immunité ; anaphylaxie, idiosyncrasie et arthritisme, etc... (*Journal Médical Français*, N° 3, Mars 1922, p. 117-123).
- PASTEUR VALLERY-RADOT. — Asthmes anaphylactiques (*Journal des Praticiens*, N° 3, 2 Juillet 1921, p. 38).
- PÉHU. — Séro-anaphylaxie humaine. (*Journal de Médecine de Lyon*, 1920, p. 105).
- L'antianaphylaxie. Rapports du XV^e Congrès Français de Médecine. Strasbourg 1921.
- PÉROL. — Sur un nouveau traitement de la furonculose (étain). Thèse de Paris 1917.
- RAMOND F. — A propos du traitement de l'hémoptysie des tuberculeux (*Le Progrès Médical*, 14 Sept. 1912, p. 452).
- RAMOND et GOUBERT. — Autohémothérapie dans la fièvre typhoïde. (*Bulletin de l'Acad. de Médecine*, 1915, 3^e s., pages 205-208).
- RAVAUT. — Autohémothérapie dans quelques dermatoses. (*Ann. de Dermat. et de Syphil.*, t. IV, N° 5, Mai 1913, p. 292).
- RIBADEAU et DUMAS. — *Société Médicale des Hôpitaux*, 1919.
- RIBADEAU, DUMAS et BRISSAUD. — *Journal Médical Français*, N° 5, Mai 1919.
- RICHEL Ch. fils et H. GOLDEWSKI. — Causes, diagnostic et mécanisme des chocs. (*Journal Médical Français*, N° 3, Mars 1922, p. 111).
- RICHEL CH., fils. — Le coup de chaleur expérimental. (*C. R. Soc. biol.* 1921, N° 29, p. 713).
- RUBY. — Essais d'autohémothérapie dans les dermatoses. (Th. de Lyon, 1924).
- SAUVEZ. — Traitement des bubons par les injections de lait. (Th. de Lyon, 1922).
- SABOURAUD. R. — Vaccination antifuronculeuse. (*Le Journal Médical Français*, N° 3, Mars 1919).
- SÉZARY A. — La vaccinothérapie, ses principes, sa technique, ses résultats. (*J. Méd. Fr.*, même N°).

- SICARD J.-A. — Autohémothérapie et rhume des foins (*Soc. Méd. des Hôp.*, 26 Juin 1914 et 17 Juillet 1914).
- Homohémothérapie sous-cutanée. (*Presse Médicale*, N° 33, 13 Juin 1918).
- Autohémothérapie et homohémothérapie. (*Marseille Médical*, 1^{er} Mai 1918).
- SICARD J.-A. et GUTMANN. — Autohémothérapie et épilepsie (*Soc. Méd. des Hôp.*, 19 Juillet 1922).
- SPIETHOF. — *Münchener medizinische Wochenschrift*, N° 10, 11 Mars 1913.
- STEBER. — Zur Caséosanbehandlung von Haut und Geschlechtskrankheiten. (*Deut. Med. Wochen*, 1921, p. 502).
- TERRIEN. — Rougeole maligne et transfusion sanguine chez le jeune enfant. (*J. des Prat.*, N° 3, 15 Janvier 1921, p. 38).
- TZANCK. — Traitement des eczémas professionnels par l'autohémothérapie. (*L'Hôpital*, août B, 1921).
- WEILL P.-E. — Le traitement de l'hémophilie par la cure sérique continue. (*Congrès de Méd.* Paris 1910 et gaz. méd. 1910).
- WIDAL. — Le choc anaphylactique et le choc protéique, la crise hémoclasique, le symptôme urticarien. (*J. des Praticiens*, N° 52, 25 Décembre 1920, p. 820).
- Les autocolloïdoclasies. (*J. des Praticiens*, N° 2, 8 Janvier 1921, p. 17).
- L'anaphylaxie médicale. (*J. des Praticiens*, N° 4, 22 Janvier 1921, p. 49).
- WIDAL, ABRAMI et LERMOYEZ. — Anaphylaxie et idiosyncrasie. (*Presse Médicale*, 4 Mars 1922, N° 18, p. 189).
- WIDAL, ABRAMI et BRISSAUD. — Considérations générales sur la protéinothérapie et le traitement par le choc colloïdo-clasique. (*Presse Médicale*, 5 Mars 1921, N° 19, p. 181).
- WIDAL, ABRAMI et BRISSAUD. — A propos de l'utilisation des chocs anaphylactiques. (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp.* 12 Juin 1914, p. 1085).

WIDAL, ABRAMI et PASTEUR VALLERY-RADOT. — L'antianaphylaxie, étude générale, pathogénie. (*Rapports du XV^e Congrès Français de Médecine, Strasbourg, 1921*). (V. Péhu, et dans ces rapports la bibliographie complète de cette question).

Monde Médical, N° 643, 1^{er} Novembre 1922, page 699, et *Presse Médicale*, du 12 Juillet 1922. Compte-rendu d'une communication faite par MM. Gastou, Pontoizeau et Dutrey à la *Société de Médecine de Paris*, le 12 Juillet 1922, sur l'autohémothérapie dans le traitement des dermatoses.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction. — Historique	9
Chapitre premier. — Technique, Instrumentation, Conduite du traitement	15
Chapitre II. — Observations	18
Chapitre III. — Etude tirée des observations	40
Chapitre IV. — Considérations sur le mode d'action de l'Autohémothérapie dans la furonculose	46
Conclusions	60
Bibliographie	62
